

Anforderung an **Fax.-Nr.: 02331 / 807-151** **Tel.-Nr.: 02331 / 807-150**
FAX-Anforderung von Blutprodukten

O		A		B		AB	
Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.
Stk.		Stk.		Stk.		Stk.	

<u>Erythrozytenkonzentrate</u>								
<u>Bestrahltes Erythrozytenkonzentrat</u>								

<u>Gepooltes Thrombozytenkonzentrat</u>								
<u>Bestrahltes, gepooltes Thrombozytenkonzentrat</u>								
<u>Thrombozythapherese-Konzentrat</u>								
<u>Bestrahltes Thrombozytapherese-Konzentrat</u>								

<u>Gefrorenes Frischplasma (GFP)</u>								
<u>LyoPlas N-W (lyophilisiert)</u>								

Verteilertour: Konserven/Präparate sollen am _____ geliefert werden.

Selbstabholer: Konserven/Präparate werden am _____ abgeholt.

Angefordert von: _____	Stempel: _____
Klinik / Station/ Arztpraxis : _____	
Behandelnde(r) Arzt/Ärztin: _____	Tel. Nr. : _____

Datum: _____

Unterschrift: _____